



# FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION

SECTEUR PUBLIC

SECTEUR PRIVE

*Ce formulaire est destiné aux demandes d'autorisation prévues à l'article 31 de la loi n°001-2021/AN*

## DEMANDE D'AUTORISATION

- Première demande  
 Modification : N° DAM : .....  
 Suppression : N° DAS : .....

## CADRE RESERVE A LA CIL

Reçu le .....  
N° DA : .....  
Date de réception : ...../...../.....

DA : DEMANDE D'AUTORISATION DAM : DEMANDE D'AUTORISATION MODIFICATION

DAS : DEMANDE D'AUTORISATION SUPPRESSION

*(Veuillez remplir les parties correspondantes à votre situation)*

### 1 - IDENTITE DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT

**1.1** Nom et Prénom/ raison sociale : .....

RCCM: .....

Secteur d'activité : .....

Adresse : .....

Boite Postale : ..... Ville : .....

Tél : ..... Adresse électronique : .....

**1.2** Personne à contacter par la CIL en cas de besoin (DPO):

Nom et prénom : ..... Fonction/Qualité : .....

Tél : ..... Adresse électronique : .....

**1.3** Veuillez indiquer la personne ou son représentant dûment mandaté, le service ou l'organisme en charge de la mise en œuvre du traitement, s'il ne s'agit pas du déclarant lui-même :

Nom : ..... Adresse : .....

Tél : ..... Adresse électronique : .....

## 2 - INTITULE DU TRAITEMENT ET DATE DE MISE EN OEUVRE

2.1 Dénomination du traitement envisagé : .....

2.2 Date de mise en œuvre du traitement : ...../...../.....

## 3 - PRINCIPES RELATIFS AU TRAITEMENT

3.1 Veuillez préciser la ou les finalités du traitement : .....

3.2 Veuillez préciser, s'il y a lieu, le texte juridique qui prévoit ledit traitement : .....

3.3 Veuillez indiquer les catégories de personnes concernées par le traitement :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salariés         | <input type="checkbox"/> Adhérents                                   |
| <input type="checkbox"/> Usagers          | <input type="checkbox"/> Visiteurs                                   |
| <input type="checkbox"/> Patients         | <input type="checkbox"/> Clients (actuels ou potentiels)             |
| <input type="checkbox"/> Etudiants/Elèves | <input type="checkbox"/> Autres ( <i>Veuillez préciser</i> ) : ..... |

3.4 Veuillez indiquer le nombre de personnes concernées par le traitement : .....

3.5 Veuillez préciser le type de traitement utilisé :

- Traitement manuel                       Traitement électronique

3.5.1 En cas de traitement manuel, veuillez décrire la procédure mise en œuvre : .....

3.5.2 En cas de traitement électronique, veuillez décrire de manière détaillée les caractéristiques techniques et les fonctionnalités du système :

- les caractéristiques techniques du système sont : .....
- les fonctionnalités du système sont : .....



#### 4 - TRAITEMENT DES DONNEES COLLECTEES

4.1 Veuillez préciser les catégories de données traitées : .....

4.2 Veuillez préciser l'origine des données traitées : .....

4.3 Veuillez préciser la durée de conservation des données collectées : .....

4.3.1 Veuillez préciser, le cas échéant, le texte juridique qui prévoit la durée de conservation des données traitées : .....

4.4 Veuillez indiquer le lieu de stockage des données : .....

4.5 Communiquez-vous les données à d'autres organismes au Burkina Faso?

Oui       Non

4.5.1 Si vous cochez Oui, veuillez préciser le destinataire des données :

Nom et Prénom/ raison sociale : .....

Adresse complète : .....

4.5.2 Veuillez préciser, s'il y a lieu, le texte juridique qui prévoit la communication des données traitées : .....

4.5.3 Veuillez préciser la finalité de la communication des données traitées : .....

4.5.4 Veuillez indiquer si le destinataire a effectué les formalités nécessaires au traitement de données personnelles devant la Commission de l'Informatique et des Libertés (CIL) :

Oui (Veuillez préciser) : .....

Non (Veuillez préciser) : .....

## 5 - TRAITEMENTS DES DONNEES DE SANTE

5.1 Traitez-vous des données de santé ? Non  Oui

Si vous cochez NON, allez directement au point 6.

Si vous cochez OUI, veuillez répondre aux questions suivantes :

5.2 Le traitement est-il mis en œuvre par un professionnel de santé ou sous sa supervision?

Oui  Non

5.3 Quelles sont les modalités de conservation et de consultation des données traitées ?

.....  
.....

5.4 Quelles sont les modalités de diffusion des résultats du traitement aux intéressés ?

.....

5.5 Est-ce qu'il existe un protocole de recherche dans le cadre du traitement ?

Oui  Non

Si OUI, merci de joindre « l'avis conforme du Comité d'éthique ».

## 6 - INTERCONNEXION DE FICHIERS

6.1 Procédez-vous à des interconnexions de fichiers ?  Non  Oui

Si vous cochez Non, allez directement au point 7.

Si vous cochez Oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

6.2 Veuillez préciser les catégories de données concernées par l'interconnexion : .....

.....  
.....

6.3 Veuillez préciser les motifs de l'interconnexion: .....

.....  
.....

6.4 Veuillez préciser la finalité de chaque fichier à interconnecter (*Liste à compléter en cas de besoin*) :

Fichier n°1 : .....

.....  
.....

Fichier n° 2 : .....

.....

6.5 Veuillez préciser la durée de l'interconnexion : .....

## 7 - TRANSFERTS DES DONNEES VERS UN PAYS ETRANGER

7.1 Transférez-vous les données traitées vers un pays étranger ?  Non  Oui

Si vous cochez **Non**, allez directement au point 8.

Si vous cochez **Oui**, veuillez remplir le formulaire de transfert de données vers un pays étranger.

### 7.2 FORMULAIRE DE TRANSFERT DE DONNEES VERS UN PAYS ETRANGER

#### 7.2.1 IDENTITE DU DESTINATAIRE DES DONNEES A L'ETRANGER :

Personne physique                       Personne morale

Nom et Prénom/ Raison sociale: .....

Secteur d'activité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse électronique : .....

Pays : .....

#### 7.2.2 Destinataire :

Succursales                       Siège                       Clients

Sous-traitant                       Fournisseur                       Autres

#### 7.2.3 Le pays de destination des données dispose-t-il d'une autorité de protection des données personnelles ?

Oui                       Non

Si oui, préciser si le destinataire est en conformité avec l'autorité de protection, en indiquant le numéro de déclaration/autorisation délivré, s'il y'a lieu : N° .....

### 7.2.4 Description du fichier transféré

Nom du fichier : .....

Finalité (s) du transfert : .....

.....

Nombre approximatif de personnes concernées par le transfert : .....

Catégories de données transférées : .....

.....

Mode de transfert (électronique ou physique) : .....

Fondement juridique du transfert (exemple : contrat d'hébergement, relation entre maison mère et filiale ou succursale, etc.) : .....

.....

### 7.2.5 Consentement des personnes concernées

Les personnes concernées ont-elles consenti au transfert des données les concernant ?

Oui  Non

Si oui, indiquez la méthode de recueil du consentement : .....

.....

### 1.5 – Sécurité et confidentialité du transfert

Type de sécurité	Oui	Non	Préciser
Authentification des destinataires : Contrôle d'identité, VPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intégrité des données : Mesures de sécurité au niveau du canal de transmission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clauses contractuelles : Sécurité des données, droits d'accès, audit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôle d'accès : Protection physique des locaux et des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Confidentialité des données : Gestion des droits d'accès et des profils, login et mot de passe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chiffrement de la communication : VPN, certificat électronique...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cryptage ou codage des données : Algorithmes, logiciels de cryptage, anonymisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## 8. SOUS-TRAITANCE

8.1 Le responsable du traitement a-t-il recours à un (des) sous-traitant (s)?  Non  Oui

Si vous cochez Non, passez directement au point 9.

Si vous cochez **oui**, veuillez préciser s'il existe un **contrat de confidentialité** signé par le sous-traitant :

Oui  Non

Nom et Prénom/ raison social du sous-traitant n° 1 : .....

Adresse : .....

Nom et Prénom/ raison social du sous-traitant n° 2 : .....

Adresse : .....

8.3 Veuillez préciser le ou les rôles des sous-traitants: .....

.....

## 9 - SECURITE DES DONNEES

9.1 Veuillez indiquer les catégories de personnes qui, en raison de leurs fonctions ou pour les besoins du service, ont directement accès aux données traitées (*Liste à compléter en cas de besoin*):

Mme / M. ....

Mme / M. ....

Mme / M. ....

Mme / M. ....

9.2 Existe-t-il une politique formalisée d'accès aux bâtiments, locaux et salles informatiques hébergeant les données collectées (liste de personnes habilitées, accès par badge, mot de passe, existence de registre des entrées et sorties, charte informatique, etc.) ?

Oui (*Veuillez préciser*) : .....

.....

Non (*Veuillez préciser*) : .....

.....

.....

9.3 Disposez-vous d'une certification ou d'un agrément en matière de sécurité délivré (e) par un organisme reconnu, pour votre système, outil ou logiciel utilisé dans le cadre de l'activité déclarée ? .....

.....

.....

**9.4 Existe-t-il une politique formalisée sur les conditions et modalités d'accès, d'administration, d'exploitation et de maintenance des systèmes qui traitent ou stockent les données collectées ?**

- Oui (*Veillez préciser*) : .....
- .....
- Non (*Veillez préciser*) : .....
- .....

**9.5 Quelles sont les mesures de sécurité prises lors du traitement, de la communication (identification et traçabilité des acteurs, etc.), du transfert (courriel, données cryptées, support physique) ?** .....

.....

.....

**9.6 Avez-vous pris des mesures spécifiques pour informer et sensibiliser sur la politique de sécurité mise en place :**

- Oui (*Veillez préciser*) : .....
- .....
- .....
- Non (*Veillez préciser*) : .....
- .....
- .....

## 10 - DROITS DES PERSONNES DONT LES DONNEES SONT TRAITEES

**10.1 Moyens pris pour informer les intéressés de leurs droits** (*veuillez préciser les modalités d'exercice du droit à l'information mises en place*)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Courrier électronique                      | <input type="checkbox"/> Intranet        |
| <input type="checkbox"/> Questionnaire                              | <input type="checkbox"/> Courrier postal |
| <input type="checkbox"/> Site Internet                              | <input type="checkbox"/> Affichage       |
| <input type="checkbox"/> Autres ( <i>Veillez préciser</i> ) : ..... |  |

**Vous ne pouvez pas informer les personnes concernées** (*veuillez préciser les raisons*) : .....

.....

### 10.2 EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES

**10.2.1 Moyens pris pour l'exercice des droits des personnes (accès, opposition, rectification, suppression) aux fichiers**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mentions légales                           | <input type="checkbox"/> Accès en ligne  |
| <input type="checkbox"/> Site Internet                              | <input type="checkbox"/> Intranet        |
| <input type="checkbox"/> Courrier électronique                      | <input type="checkbox"/> Courrier postal |
| <input type="checkbox"/> Autres ( <i>Veillez préciser</i> ) : ..... |  |



**10.2.3 Indiquez les coordonnées de la personne, du service ou de l'organisme auprès duquel s'exercent les droits :**

- Déclarant lui-même       Autres (*Veillez préciser*)

Nom et Prénom/raison sociale : .....

Fonction de la personne : .....

**10.2.4 Veuillez préciser le délai de communication des informations en cas d'exercice des droits** (*ex : immédiat, 2 jours, une semaine, 15 jours, 1 mois, etc.*) : .....

**11 - ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT DE L'ORGANISME DECLARANT**

*Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis sont véridiques, complets, exacts et respectent les exigences de la législation en matière de protection des données à caractère personnel.*

Nom et Prénom ..... Fonction : .....

Date .... / .... / .....

**Signature et  
cachet**

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement pour l'instruction des dossiers par la Commission des Données Personnelles. Elles sont destinées exclusivement aux membres et services de ladite Commission. Vous pouvez exercer vos droits (accès, rectification, opposition ou suppression) en envoyant un courrier électronique à l'adresse suivante : [infos@cil.bf](mailto:infos@cil.bf) ou en appelant au (00226) 25376104 / 05*